|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBG-Klinik / Form-1 | | | | | | **Tarih: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**  **Hastane Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**  **Ünite Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | | | |
| **A. Klinikte kullanılan yatak sayısı** | | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Yatak | | | |
| **B. Klinikteki dolu yatak sayısı** | | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Yatak | | | |
| **C. Yatan hastaların ana grubu (lütfen aşağıdaki kodları kullanın)** | | | | | | \_\_ \_\_ | | | |
| **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**  **7**  **8**  **9**  **10**  **11**  **12** | Dahili tıp / genel  Dahili tıp / gastroenteroloji-hepatoloji  Dahili tıp / onkoloji (radyasyon onkolojisi dahil)  Dahili tıp / kardiyoloji  Dahili tıp / enfeksiyon hastalıkları  Dahili tıp / geriatri  Dahili tıp / endokrin  Dahili tıp / nefroloji - romatoloji  Dahili tıp / hematoloji  Nöroloji  Psikiyatri  Dermatoloji | | | | **13**  **14**  **15**  **16**  **17**  **18**  **19**  **20**  **21**  **22**  **23**  **24** | FTR  Genel Cerrahi  Gastroenterolojik Cerrahi  Kardiyotorasik Cerrahi  Ortopedik Cerrahi  Travma  Nöroşirurji  Kadın Hastalıkları / obstetri  Kulak Burun Boğaz  Plastik cerrahi  Palyatif bakım  Diğer (lütfen tanımlayın) ……………………….. | | | |
| **D. Klinikte çalışan personel sayısı (Temizlik personeli hariç):** | | | | | | **Sayı (Gündüz çalışan personel)** | | | |
| 1-Öğretim üyesi | | | | | |  | | | |
| 2-Uzman | | | | | |  | | | |
| 3-Asistan | | | | | |  | | | |
| 4-Hemşireler | | | | | |  | | | |
| 5-Diyetisyen (o klinik için görevlendirilmiş) | | | | | |  | | | |
| 6-Psikolog (o klinik için görevlendirilmiş) | | | | | |  | | | |
| 7-Fizyoterapist (o klinik için görevlendirilmiş) | | | | | |  | | | |
| 8-Diğer(lütfen tanımlayın)……………………………...........….. | | | | | |  | | | |
| **E. Hastanenizde bir klinik nütrisyon ekibi var mı?** | | | | | | * evet | | * hayır | |
| **F. Nütrisyon tedavisi sırasında yazılı prosedürleriniz var mı?** | | | | | | * evet | | * hayır | |
| **G. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** | | | | | | | | | |
| 1-ESPEN rehberleri | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 2-Bölgesel standartlar (Dernek rehberleri – Hastane protokolleri) | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 3-Bireysel nütrisyon tedavi planları | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 4- Diğer (lütfen tanımlayın) | | | | | |  | | | |
| **H. Hastalar yatışta malnütrisyon riski açısından değerlendirilir mi?** | | | | | | * evet | | * hayır | |
| **I. Cevabınız evet ise hangi değerlendirme yöntemlerini kullanırsınız? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** | | | | | | | | | |
| 1-Subjektif Global Değerlendirme (SGA) | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 2- NRS-2002 | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 3- VKI | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 4- Laboratuvar parametreleri | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 5- Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 6- Kişisel deneyim | | | | | | * evet | | * hayır | |
| 7- Diğer (lütfen tanımlayın) | | | | | |  | | | |
| **K.Kliniğinizde malnütrisyon riski saptanan hasta olunca ne yapılır?**  **(Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** | | | | | | **Malnütrisyonu olan hasta** | | **Malnütrisyon riski altındaki hasta** | |
| 1-Bireysel nütrisyon tedavi planı geliştirilir | | | | | | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 2-Diyetisyen çağırılır | | | | | | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 3-Nütrisyon destek ekibi bilgilendirir | | | | | | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| 4-Hiçbir şey yapılmaz | | | | | | Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| **L. Hastanızı ne sıklıkla tartarsınız? (Gereğinde birden fazla işaretlenebilir)** | | | | | | | | | |
| * aklıma geldiğinde | | * yatışta | | * gün aşırı | | * haftada bir | | * hiçbir zaman | |
| **M. Bu anketi kim yanıtladı?** | | | | | | | | | |
| * diyetisyen | | | * Hekim | | | * hemşire | | * diğer | |
| **N. Bu anketi yanıtlayan kişi klinik nütrisyon konusunda herhangi bir eğitime katıldı mı?** | | | | | | * evet | | * hayır | |